

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 janvier 1894, à 1 heure

Par CÉLESTIN PERCEAU

Né à Cosne (Nièvre), le 9 avril 1868

ÉTUDE

SUR LE CHANCRE SYPHILITIQUE
DU RECTUM

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. | CORNIL, professeur.
| MÉNÉTRIER, NETTER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 janvier 1894, à 1 heure

Par CÉLESTIN PERCEAU

Né à Cosne (Nièvre), le 9 avril 1868

ÉTUDE

SUR LE CHANCRE SYPHILITIQUE
DU RECTUM



Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { CORNIL, professeur.
 { MÉNÉTRIER, NETTER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des hôpitaux
Président de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur



INTRODUCTION

Pendant notre dernière année d'externat dans le service de M. le Dr Campenon à l'hôpital Broussais, nous avons eu l'occasion d'observer un chancre syphilitique du rectum. En présence d'un cas aussi rare que discuté, notre maître nous inspira l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Mais avant d'entrer dans le sujet, qu'il nous soit permis de remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux, qui nous ont aidé dans nos études médicales, sans oublier M. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, dont l'obligeance bien connue ne nous a jamais fait défaut.

Qu'il nous soit permis, en outre, de présenter toute notre gratitude et notre reconnaissance à M. le professeur Laboulbène pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0092



ÉTUDE
SUR LE
CHANCRE SYPHILITIQUE
DU RECTUM

CHAPITRE PREMIER

Dans le plus grand nombre des travaux publiés jusqu'à présent sur le sujet qui nous occupe, on a confondu dans une description commune les chancres syphilitiques du rectum et de l'anus, et il est d'usage de les étudier sous le nom de chancres ano-rectaux. Cette façon de faire, excellente en clinique, d'ailleurs, a toutefois le tort de subordonner l'existence du chancre rectal à celle du chancre de l'anus et de faire de la première lésion la propagation de la seconde. Or, il n'en est point ainsi dans un certain nombre de cas, et nous avons pu en réunir quatre qui prouvent la nécessité de ne point admettre d'une

façon exclusive l'idée des auteurs cependant vraie le plus souvent.

C'est pourquoi, nous voulons ici étudier exclusivement le chancre syphilitique du rectum.

Il est en effet bien des raisons qui nous engagent à écrire cette monographie : quelques syphiligraphes nient encore l'existence du chancre induré rectal, l'observation de Ricord, la seule réellement classique, n'étant point encore admise sans contestation (1). Ensuite, d'autres auteurs, tout en reconnaissant que l'accident primitif peut se localiser sur la muqueuse rectale, croient cette manifestation tellement rare qu'il leur paraît inutile d'y songer dans la pratique, ou enfin, comme nous le disions précédemment, restent avec la conviction que le chancre à point de départ anal envahit quelque peu le rectum par propagation, en un mot, qu'il s'agit toujours de chancres ano-rectaux. La troisième raison, et qui de toutes n'est pas la moins importante, est que, tout en admettant la possibilité du chancre, on méconnaît sa fréquence qui est peut-être encore plus grande que nous n'oserons l'affirmer.

En effet, ne disposant que de quatre observations typiques, nous ne pouvons point prétendre conclure d'une façon définitive, mais attirer l'attention sur un point digne du plus haut intérêt ; car à cette question en apparence technique s'en rattachent d'autres qui touchent de très près la pratique : il est inutile d'insister sur la gravité

1. Ricord. *Discours prononcé à l'Académie de Médecine à l'occasion de la discussion sur la syphilisation*, etc. Séance du 12 octobre 1852.

d'une syphilis méconnue dont le point de départ est resté obscur parce que l'on a négligé d'examiner le rectum, sur les douleurs et les complications possibles de l'accident primitif huntérien, contre lesquelles on n'a point dirigé le traitement seul efficace ; sans parler des conséquences graves, possibles, éloignées du chancre du rectum, les fistules, et peut-être même le syphilôme ano-rectal.





CHAPITRE II

On peut dire qu'avant Ricord (1), le chancre syphilitique du rectum n'a pas d'histoire. Cependant depuis bien des années, on connaissait la fréquence relative des chancres extra-génitaux, sans toutefois avoir rapporté un seul exemple de chancre rectal. Aussi, est-ce en vain, qu'avec M. Nivet (2), on consulterait le traité de Nicolas Massa (1532), les œuvres de Botall Léonard (1563), d'Astruc, de Fabvre (1768). Pinault, dans une thèse de doctorat de Paris pour l'année 1829, dit bien que « le cancer du rectum se présente quelquefois sous forme de végétations qui sont presque toujours la suite de chancres, d'excroissances syphilitiques dégénérés » : il est difficile d'attacher une valeur réelle à cette citation, car elle appartient à une époque où l'on avait sur la syphilis et le cancer du rectum des idées particulièrement vagues.

Dans un discours prononcé devant l'Académie de médecine à propos de la discussion bien connue sur la syphilisation le 12 octobre 1852, Ricord (3) rapporte incidem-

1. Ricord, *loc. cit.*

2. Nivet, th. de Paris, 1887.

3. Ricord, *loco citato* (À ce propos, nous ferons remarquer que les différents auteurs qui ont cité l'observation de Ricord négligent absolument de dire où ils l'ont prise).

ment, la première observation, malheureusement trop succincte, de chancre syphilitique rectal, et un peu plus tard (1860) (1), il écrivit que « le chancre syphilitique du rectum est moins rare, surtout chez la femme, qu'on ne le croit généralement ». Le fait de Ricord restait isolé et même très ignoré (2), lorsqu'en 1868, M. Sauri Ricardo (3), publia dans sa thèse un second fait non moins démonstratif que le précédent. Néanmoins, en 1877, M. Daniel Mollière (4), résumait l'opinion de son époque en disant : « Nous ne parlerons que pour mémoire du chancre syphilitique du rectum, Ricord en aurait, paraît-il, observé un cas ».

Peu de temps après, M. Jullien (5) prévut pour ainsi dire que la rareté du chancre rectal tenait pour une bonne part à l'insuffisance de l'observation, et de plus, il signala cette circonstance qui lui parut avoir échappé jusqu'alors à la plupart des auteurs qui se sont occupés des maladies du rectum et de l'anus : « Le chancre peut se développer sur une tumeur ou un bourrelet hémorroïdaire. Il n'est pas rare que dans ce cas il prenne un développement considérable avec induration bien caractérisée. »

1. *Leçons sur le chancre*, 1860, p. 178.

2. J. Rollet; *traité des maladies vénériennes*, 1865, se borne à citer l'observation de Ricord. Toutefois Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vén.* Paris, 1865, dit qu'il existe des chancres dont l'induration envahit tout le calibre du rectum.

3. Sauri Ricardo, Th. sur les rétrécissements du rectum.

4. Daniel Mollière. *Traité des mal. du rectum et de l'anus*. Paris, 1877.

5. Jullien, *Traité des maladies vénériennes*.

Pour M. Delens (1) (1884) le chancre infectant du rectum a une existence incontestable, il est cependant si rare, dit-il, si exceptionnel, que le professeur Fournier n'en a pas encore observé un seul exemple depuis plus de six ans qu'il est chargé d'un service à l'hôpital de Lourcine.

Nous arrivons enfin à l'excellente thèse de M. Jean (1885) (2) qui étudie les manifestations de la syphilis précoce du rectum, d'une façon à la fois très exacte et très complète, nous aurons l'occasion de revenir plusieurs fois sur ce travail consciencieux.

Depuis cette époque, les Traités de chirurgie tel celui de Poulet et Bousquet (3), sont muets sur le point qui nous intéresse actuellement, où se bornent à citer l'observation de Ricord : de même, les ouvrages qui se rapportent plus ou moins directement aux accidents syphilitiques du rectum (Hamonic (4), Le Dentu (5), Jacquinot) (6). En dernier lieu, le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus (7) se range à l'opinion de D. Mollière (8) et dit que le cas de Ricord est le seul qui ait été observé, s'il est vrai qu'il s'agit bien réellement d'un chancre infectant du rectum.

1. Delens. *Dict. Encycl.* (1884).

2. Jean. *Syphilis précoce du rectum*. Paris, 1885-1886.

3. Poulet et Bousquet.

4. Hamonic. *Rectite proliférante*. *Ann. med. chir. françaises et étrangères*, 1886, II, 138-141.

5. Le Dentu. *De l'anus artificiel temporaire*. *Méd. mod.*, 1889-1890, I, 206-210.

6. Jacquinot. *Contribution à l'étude et au trait. du rétréc. vén. du rectum*, Th. Paris, 1890.

7. Duplay et Reclus. *Traité de chirurgie*.

8. D. Mollière. *Loc. cit.*



CHAPITRE III

Pendant fort longtemps, et presque jusqu'à nos jours, un préjugé populaire, répandu même dans le monde scientifique, voulait que le rectum ne pût pas être le siège d'accidents vénériens, et bien des malades atteints d'une lésion des organes génitaux dont ils connaissaient la nature, croyaient mettre leur femme à l'abri de toute contagion en pratiquant le coït anal. M. de Santi, en 1878, dans une étude sur le rétrécissement syphilitique du rectum (1), cite le P^r Ch. Robin qui dans son cours a cherché à démontrer « que la muqueuse intestinale, c'est-à-dire cette portion de la muqueuse digestive qui s'étend depuis le tiers supérieur de l'œsophage jusqu'au bord supérieur des valvules semi-lunaires, est absolument réfractaire à l'inoculation syphilitique. M. Robin attribue cette propriété à l'activité considérable des follicules de la muqueuse. Par conséquent, d'après lui, le chancre rectal ne peut exister que dans la portion anale du rectum, dans cet intervalle qui sépare le bord supérieur des valvules semi-lunaires du sphincter externe de l'anus, intervalle qui représente le cloaque des animaux inférieurs, et dont la muqueuse a la même constitution que la peau. Rien

1. De Santi. *Revue méd. de Toulouse*, 1878, p. 199.

n'est plus rare que ce chancre, Curling et le professeur Fournier ne l'ont jamais vu. »

Il est aujourd'hui bien démontré que le chancre rectal peut exister au-dessus même de la zone anale proprement dite, mais en revanche, si le chancre syphilitique peut s'inoculer sur le rectum, il semble que le chancre mou n'y rencontre point les conditions nécessaires à son développement ; ceci n'est d'ailleurs point absolument spécial, car M. Aubert (1) a montré que le chancre simple ne pouvait être inoculé sur les muqueuses à l'abri de l'air parce que la température de ces muqueuses est notablement plus élevée que celle des téguments externes. L'opinion du professeur Ch. Robin reste donc partiellement vraie, et de plus cette notion, au point de vue du diagnostic de la nature d'une ulcération rectale, est de la plus haute importance.

En abordant l'étiologie, nous devons considérer tour à tour et en dehors de toute hypothèse la fréquence du chancre syphilitique du rectum, l'âge et le sexe où on le rencontre le plus ordinairement. Le petit nombre d'observations que nous apportons à l'appui de cette thèse prouve suffisamment la rareté des faits publiés ou observés. Il semble d'après les cas que nous avons pu recueillir que la femme soit plus exposée que l'homme puisque sur quatre exemples nous relevons trois femmes et un homme. Cette fréquence plus considérable chez la femme a déjà été signalée par les auteurs, et les raisons sont trop faciles à comprendre pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

1. Aubert. *Lyon médical*, 1887.

Nos quatre observations ont trait à des personnes ayant atteint à peu près l'âge moyen de la vie, et sauf la malade de M. Jean qui n'avait que 24 ans, les autres ont un âge indéterminé (Ricord), 45 ans (Sauri Ricardo), 35 ans (obs. inédite).

Les causes prédisposantes, ou que l'on peut considérer comme telles, du chancre syphilitique rectal sont banales ; elles ont été particulièrement bien exposées dans la thèse de M. Jean ; il est certain que toutes les ulcérations du rectum provoquées ou entretenues par un état inflammatoire aigu ou chronique, rectite par exemple, quelle qu'en soit la cause, ont une influence prédisposante indiscutable : agissent de même les pratiques de sodomie, avouées ou non par les malades, surtout lorsqu'elles sont de date récente, en raison des déchirures ou des érosions qui se produisent plus facilement sur une muqueuse rectale non habituée à des contacts anormaux. Est-il nécessaire, comme on le croyait il n'y a pas longtemps encore, que pour voir réussir l'inoculation du chancre rectal, il y ait une perte de substance de la muqueuse ? Nous ne le pensons pas, une simple dénudation épithéliale suffit. C'est peut-être pour ces raisons que les malades atteints de constipation habituelle, d'hémorroïdes internes plus ou moins enflammées, se trouveront dans des conditions de réceptivité tout à fait spéciales.

Quant aux causes occasionnelles, elles peuvent consister très exceptionnellement d'ailleurs, dans l'introduction dans l'anus d'un corps étranger ayant servi à un syphilitique, dans des liquides contaminés, s'écoulant de la fourchette vers l'anus, et venant baigner des hémorroï-

des internes momentanément procidentes. Mais le plus souvent, il s'agit d'un coït anormal, comme dit Ricord « *a præpostera venere* ». C'est d'ailleurs la cause que nous rencontrons dans nos observations où tous les malades avouent des rapports contre nature.

Il est beaucoup plus difficile de savoir si le chancre infectant ainsi transmis d'un malade à l'autre avait pour origine chez le premier malade une lésion syphilitique primitive (chancre), ou une lésion secondaire (plaques muqueuses) ; d'ailleurs ce n'est point avec des faits aussi complexes et aussi rares que ceux que nous rapportons qu'il est possible de trancher un point d'étiologie aussi délicat ; ce n'est pas non plus notre but. Pour ce qui est de la transmission de la syphilis par des accidents tertiaires du pénis, on ne peut, pour l'adopter ou la rejeter, que se baser sur des analogies.





CHAPITRE IV

La lésion rectale primitive est comme partout ailleurs, le chancre huntérien avec les caractères généraux que nous lui connaissons, et aussi avec quelques caractères spéciaux qu'il tire de son siège et des nombreuses causes d'infection auxquels il est exposé par sa situation même. Le chancre syphilitique du rectum est unique. La forme est assez régulière, sensiblement arrondie; dans notre observation, le toucher nous a donné la sensation d'un fer à cheval ouvert en bas; dans le fait rapporté par M. Jean, le doigt parvenu au-dessus du sphincter percevait nettement avec la pulpe de l'index, une ulcération à peu près circulaire située sur le côté gauche. Chez notre malade, la lésion siégeait en arrière sur la ligne médiane et s'étendait sur tout le côté droit. Les dimensions de l'ulcération elle-même sont assez circonscrites, tandis qu'au contraire la base d'induration, très nette le plus souvent, de consistance franchement cartilagineuse (Jean), et parfois très étendue, peut d'après Vidal (de Cassis), occuper toute la circonférence du rectum. Mais il importe de distinguer l'induration caractéristique du chancre infectant des indurations inflammatoires qui peuvent s'y surajouter et même s'y surajoutent dans le plus grand nombre des cas. Ceci ren-

tre alors dans les complications sur lesquelles nous reviendrons.

On a tenté de reconnaître le chancre par la vue, soit au moyen de l'écartement des plis de l'anüs avec les doigts, soit encore en utilisant le spéculum ani, mais ces manœuvres trop douloureuses, malgré le peu de tonicité du sphincter, n'ont pu être supportées par les malades. Cependant chez le nôtre, nous avons pu nous rendre compte de visu de l'aspect, de la forme et de l'étendue du chancre, en introduisant un doigt dans le rectum pour dilater légèrement le sphincter; nous pûmes apercevoir la partie inférieure de l'ulcération, qui nous parut tuméfiée, et de couleur rose foncé.

D'ailleurs, les caractères du chancre infectant rectal sont ceux du chancre des muqueuses en général, il appartient au type érosif.

L'adénite caractéristique qui accompagne l'évolution du chancre rectal peut siéger dans différents groupes ganglionnaires, elle peut être : 1^o inguinale et occuper comme dans le cas de M. Jean, également le côté droit et le côté gauche (cette variété d'adénite, n'a d'ailleurs au point de vue du diagnostic de l'accident primitif rectal qu'une valeur secondaire, tandis qu'au contraire elle peut être d'une réelle importance plus tard pour déceler l'infection générale de l'organisme par la syphilis); 2^o l'adénite qui peut être perçue avec le doigt sur les côtés ou en arrière du rectum siège très vraisemblablement dans les ganglions lymphatiques de la région, mais nous ne croyons pas, comme M. Jean semble l'admettre (*loc. cit.*, p. 37) que le doigt explorateur enfoncé le plus haut possi-

ble dans le rectum puisse arriver à percevoir une adéno-pathie lombaire.

Avec ces lésions capitales qu'aucune pièce ne nous a permis d'étudier plus complètement dans leur siège comme dans leur nature, coïncident toujours des lésions que l'on pourrait appeler des lésions banales et qui tiennent à la rectite concomitante : elles ne méritent point d'ailleurs une description spéciale.

En revanche, nous ne saurions passer sous silence les complications de l'accident syphilitique primitif du rectum, complications qui sont les unes précoces, les autres éloignées.

Complications précoces. — Parmi les complications précoces, on ne saurait attacher d'importance à l'hémorrhagie qui se produit si facilement après le toucher rectal et les manœuvres d'exploration ; mais le contact permanent des matières avec l'érosion de la muqueuse favorise la fixation des micro-organismes normaux de l'intestin, et l'infection consécutive du chancre syphilitique. Cette infection peut être simple, et se traduire seulement par des modifications dans l'aspect du chancre, dans l'étendue de l'induration, dans la sensibilité au contact, et enfin dans les caractères de l'adénite.

Dans d'autres cas, au contraire, on peut voir apparaître le phagédénisme. D'après M. Vidal (1), cet état compliqué souvent le chancre intra-anal, tandis qu'au contraire pour M. Mauriac (2), la déviation phagédénique paraît

1. Vidal (de Cassis), *Traité des mal. vén.*, Paris, 1865, p. 441.

2. Mauriac. *Leçons sur les maladies vén.*

rarement dans cette variété de chancres syphilitiques. Les chances de phagédénisme paraissent surtout être en rapport avec l'état général de l'individu : c'est d'ailleurs cet état qui a été invoqué par M. Desprès (1) pour expliquer la formation des rétrécissements du rectum. Dans les observations que nous avons pu recueillir, une telle complication n'a pas été notée, et cependant un rétrécissement rapide du rectum a été constaté chez la malade de M. Sauri Ricardo.

Complications éloignées. — Le rétrécissement du rectum qui se produit parfois d'une façon rapide, ne se montre habituellement que plusieurs années après la guérison de la lésion primitive ; aussi, est-il très difficile de saisir les rapports qui existent entre le chancre et le rétrécissement. D'ailleurs, nous ne tenterons pas de rappeler, même succinctement, les opinions qui ont été émises et défendues par des maîtres. Nous laisserons donc de côté toute la question du syphilôme ano-rectal.

Mais le chancre syphilitique est toujours suivi d'une rectite qui a tendance à s'établir à l'état chronique, et elle-même peut être le point de départ rapide de modifications profondes dans la structure de la muqueuse, parfois même des pertes de substance avec fistule consécutive. Ces conséquences ne sont point particulières au chancre induré, se sont celles de toutes les ulcérations rectales, quelle qu'en soit la nature.

1. Desprès. *Chancres phagédéniques du rectum. Archives de médecine*, 1868.





CHAPITRE V

Les symptômes fonctionnels du chancre syphilitique rectal n'ont rien de caractéristique, et par conséquent en se bornant à leur simple constatation, il serait absolument impossible d'arriver au diagnostic. Ces symptômes ne doivent cependant pas être négligés, car ils éprouvent péniblement le malade et nécessitent une thérapeutique appropriée. En effet, le chancre syphilitique du rectum n'est pas une lésion indolente; peut-être cette sensibilité tient-elle à quelque une des complications dont nous avons parlé, peut-être est-elle au contraire une des caractéristiques du chancre rectal : quoiqu'il en soit, son intensité est telle que les malades ne manquent point de s'en plaindre. Cette douleur plus ou moins continue est réveillée ou exagérée par les tentatives d'exploration qu'elle peut rendre impossible (cas de M. Jean, où on ne peut placer le spéculum ani). Elle s'exagère également au moment de la défécation, par le passage des matières. En effet, une constipation opiniâtre accompagne presque toujours cet état douloureux local.

Lorsque l'on vient de parti pris examiner l'anus d'un malade chez lequel on a lieu de soupçonner l'existence d'une lésion syphilitique primitive du rectum, on remarque déjà une rougeur locale, parfois même des ulcérations

sans aucun caractère spécifique, et qui paraissent entretenues par un faible écoulement sanieux. Cet écoulement n'est constitué que par un simple suintement suffisant à peine à tacher le linge, habituellement formé par du muco-pus mélangé à du sang après le passage des matières ou après les explorations, et parfois alors constitué par du sang pur. Comme dans toutes les rectites, puisque les signes que nous décrivons sont des signes de rectites, les matières sont accompagnées de mucosités abondantes que Trélat comparait à des crachats, et même appelait crachats rectaux.

Quand l'examen au spéculum ani est possible, ou bien encore, quand l'on peut en dilatant l'anüs avec les doigts mettre facilement le chancre en lumière, on apprécie les caractères que nous lui avons assignés précédemment d'après notre observation personnelle.

Mais puisque dans la majorité des cas, cet examen direct par la vue ne saurait être pratiqué, et l'on a dit pourquoi, il faut savoir se contenter des renseignements fournis par le toucher rectal. On apprécie alors avec la pulpe du doigt l'étendue de l'induration, les caractères de l'ulcération, si ulcération il y a, et enfin, en recherchant en arrière et sur les parties latérales après avoir introduit le doigt le plus haut possible, on cherche à reconnaître l'état des ganglions de la région qui dans un cas (Jean) étaient manifestement engorgés. De même, on peut trouver, coïncidant avec le chancre rectal, des lésions de voisinage dont l'importance est d'ailleurs médiocre, et qui cependant doivent toujours être recherchés parce que la constatation de syphilides secondaires au pourtour de

la vulve, alors que le siège de l'accident initial reste indéterminé, doit immédiatement faire songer à la nécessité de pratiquer le toucher rectal, et à plus forte raison, s'il s'agit de syphilides généralisées.

A la première période de l'évolution du chancre syphilitique du rectum, les malades ne se plaignent que des symptômes locaux fonctionnels que nous indiquions au début de ce chapitre, mais très rapidement, se montrent les signes d'infection générale, nous voulons parler des syphilides généralisées, roséole, et encore de la fièvre syphilitique se traduisant par de l'hyperthermie et son cortège symptomatique habituel.

Il serait curieux de savoir si une syphilis ayant pour point de départ un chancre rectal présente une marche particulière ou une gravité spéciales. Il nous est malheureusement impossible de répondre à cette question.





CHAPITRE VI

La marche, la durée, la terminaison du chancre syphilitique rectal sont à peine connues. Il importe toutefois de rappeler ici que la lésion primitive de la muqueuse de l'intestin peut être le point de départ d'un rétrécissement; ce rétrécissement lui-même peut être purement cicatriciel, ou bien appartenir à cette catégorie tout-à-fait spéciale que l'on désigne sous le nom de syphilôme ano-rectal.

On sait que pour Gosselin, le syphilôme avait pour point de départ une véritable chéloïde sous-muqueuse, pouvant résulter de toute lésion vénérienne, aussi bien du chancre mou que du chancre induré, et s'étendant bien au-dessus des limites de la lésion primitive. On sait également que pour M. Desprès, pour qu'une lésion de l'intestin donne lieu à un rétrécissement ou à une stricture, il faut qu'elle se soit compliquée de phagédénisme; et qu'aujourd'hui on tend à voir dans le syphilôme une lésion spécifique, probablement scléro-gommeuse et atteignant d'emblée le rectum. L'observation de Sauri Ricardo semble prouver au contraire que le rétrécissement peut succéder à un chancre en dehors de toute complication, puisqu'il n'en nota aucune.

Si l'on avait revu les malades un certain temps après la guérison de leur chancre rectal, on eût peut-être assisté à la constitution d'un rétrécissement, mais aucun d'eux n'est revenu se soumettre à l'examen médical.

En décrivant les symptômes du chancre huntérien du rectum, nous l'avons considéré d'une façon un peu schématique, puisque nous avons laissé de côté toutes les complications bénignes ou graves qui l'accompagnent ordinairement. Nous avons signalé l'infection habituelle du chancre par la pénétration des microbes de l'intestin : cette infection a pour conséquence de transformer l'érosion en ulcération, et parfois, par cette surface cruentée, se font de petites hémorrhagies. En outre, l'adénite inguinale, si elle-ci peut être considérée comme symptomatique du chancre rectal, perd ses caractères spécifiques, et au lieu d'être constituée par des ganglions indurés multiples et indolents, peut devenir légèrement douloureuse.

De même, nous y revenons encore une fois, l'ulcération elle-même est douloureuse.

Comme complications éloignées et possibles, on a noté la persistance d'un trajet fistuleux s'ouvrant dans le vagin.





CHAPITRE VII

Un malade se présente comme la dame dont parle Ricord et accuse du côté du rectum des troubles vagues dont on est souvent loin de soupçonner la cause : en pratiquant l'examen complet sur le corps on remarque la présence d'une syphilide ; le premier soin est alors de regarder les organes génitaux et de rechercher s'ils ne sont point le siège de l'accident primitif. En même temps, par un interrogatoire circonstancié, on cherche à savoir si le malade a déjà eu la syphilis ou s'il a été soumis récemment à une cause d'infection. Malgré une inspection attentive, on ne découvre rien, il faut alors songer à la possibilité d'un chancre rectal, et très certainement si on y pensait un peu plus souvent, le nombre de ces chancres serait relativement plus considérable.

D'ailleurs, si les malades n'avaient point avoué leurs pratiques de sodomie, il est bien probable que l'attention ne se serait point portée de ce côté, à moins toutefois que l'élément douleur ne justifiât par son intensité un examen local attentif.

Quoiqu'il en soit, chaque fois que la chose est possible, il faut mettre en usage tous les procédés d'exploration ; après le toucher qui renseigne sur le siège du chancre, son étendue, son induration, on cherchera à le voir di-

rectement, et l'on ne manquera point, si la chose est possible chez la femme, de pratiquer l'éversement de la muqueuse rectale en introduisant un doigt dans le vagin.

Le diagnostic positif du chancre du rectum qui paraît si simple à première vue est au contraire d'une difficulté extrême, tandis qu'au contraire le diagnostic différentiel n'arrête pas longtemps le clinicien.

On ne confondra pas le chancre du rectum avec le chancre syphilitique ano-rectal ; le siège de l'ulcération, l'intégrité de l'anus lui-même, ou tout au moins son intégrité relative ne permettant aucune hésitation.

Le chancre mou du rectum, dont l'existence est contestée, comme nous l'avons vu, est cependant encore admis par quelques auteurs. Pour le différencier du chancre induré, on ne peut tenir compte ici de l'indolence, de l'absence de suppuration et d'adénite, de la présence d'une induration puisqu'il y a des indurations inflammatoires simulant l'induration spécifique ; mais alors dans un cas douteux, on aurait recours au procédé classique de l'inoculation sur le même sujet et à l'examen direct du pus dans lequel on retrouverait les fibres élastiques caractéristiques (signe de Lenoir) en se servant du procédé indiqué par M. Balzer. On pourrait enfin pratiquer l'examen bactériologique (1) qui est à la portée de tous les médecins depuis que M. Nicolle en a précisé la technique (2).

1. Nicolle. Thèse de Paris, 1893.

2. Nicolle. *Gazette méd. de Paris*, déc. 1893.

Il ne nous semble pas possible de confondre le chancre rectal avec des rectites et particulièrement la rectite blennorrhagique; les commémoratifs, l'absence d'ulcérations, d'hémorrhagies, les caractères mêmes de l'écoulement, viennent lever tous les doutes.

On pourrait en dire autant de la fissure anale, dont le siège habituel est en arrière entre les plis radiés qu'il faut étaler pour la voir, et présentant à sa partie supérieure un petit tubercule appréciable également à la vue et au toucher; et cependant la confusion a été faite (cas de Ricord).

Le diagnostic, pour être complet, doit encore être fait avec les ulcérations simples du rectum de nature traumatique, par exemple, ou bien encore déterminées par l'introduction dans l'anus de corps étrangers : les commémoratifs, l'hémorrhagie qui les accompagne, sans parler de tous les autres caractères, suffisent à les faire reconnaître.

Doit-on faire une mention spéciale des ulcérations tuberculeuses, cancéreuses ? Ces dernières nous paraissent mériter qu'on insiste quelque peu.

La forme ulcéreuse du cancer du rectum est la seule qui puisse simuler réellement le chancre syphilitique. Mais le cancer du rectum et particulièrement cette variété, s'accompagne d'hémorrhagies très abondantes, et le toucher dénote l'existence d'ulcérations irrégulières, souvent multiples, reposant sur une zone d'induration qui n'occupe pas seulement l'épaisseur de la muqueuse, mais qui envahit plus ou moins les tissus circonvoisins, au point d'empêcher la mobilisation de l'intestin sur les plans sous-jacents. Bien entendu, il faut ajouter à cette symptomato-

logie les troubles de la santé générale qui accompagnent l'évolution de tout cancer organique (cachexie), et l'étiologie habituelle des néoplasmes, sans parler de la marche des lésions.

Des syphilides tertiaires ulcérées du rectum peuvent avoir des signes se rapprochant beaucoup de ceux du chancre rectal, mais ceci est une simple hypothèse puisque cette différenciation n'a jamais été établie.

Quand le chancre syphilitique rectal s'est développé sur des hémorroïdes, il prend dans ce cas un développement considérable (Jullien) avec induration bien caractérisée. Il suffit d'être prévenu du fait.

Malgré tout, il peut arriver que le chancre soit encore trop près de son époque de début, que les commémoratifs fassent absolument défaut : il faudra alors surveiller le malade, s'attendre à voir apparaître la roséole et réserver son diagnostic jusqu'au jour où l'on sera certain de n'avoir pas eu affaire à un accident primitif du rectum.





CHAPITRE VIII

Le pronostic du chancre rectal dégagé de toute complication ne présente rien de particulier à signaler, sauf toutefois la possibilité d'un rétrécissement ultérieur. Comme pour tout chancre infectant, le pronostic est subordonné à la graine et au terrain : il n'y a pas d'intérêt à insister davantage.

Il importe dès le début d'instituer un traitement rigoureux qui, s'il ne met point le malade à l'abri des complications éloignées, contribue à guérir rapidement la lésion locale, et s'adresse en même temps à l'infection générale.

Localement, notre maître, M. Campenon, a combattu en même temps l'élément douleur et l'élément septique par des lavements à l'hydrate de chloral à 1 pour 100 ; on introduisit dans le rectum deux sondes, on injectait le liquide par l'une et il ressortait par l'autre : il importe en effet de ne pas distendre le rectum. Il y a également avantage à employer des solutions chaudes, très chaudes même, sous forme de douches rectales, telles que les conseille M. Reclus. Quand on ne peut pas avoir recours à ces procédés, on conseille l'usage de suppositoires contenant des substances antiseptiques, l'iodoforme en particulier.

Il est nécessaire d'avoir débarrassé l'intestin par une

purgation et de le maintenir libre pendant toute la durée du traitement.

Tant qu'on hésitera sur la nature de l'ulcération rectale, on n'instituera point le traitement spécifique, et on se bornera aux soins locaux sus-indiqués. Mais dès l'apparition de la roséole, et *a fortiori* plus tard, on donnera le mercure et l'iodure de potassium, suivant les règles posées par M. le professeur Fournier.

Chacune des complications nécessite également une thérapeutique appropriée : dans le cas de phagédénisme, on cherchera à modifier l'ulcération par des topiques fortement antiseptiques, et en plus, on soutiendra l'état général, cause habituelle du phagédénisme des chancres.





CONCLUSIONS

De cette courte étude, et en faisant toutes réserves vu le petit nombre de nos observations, nous pensons pouvoir conclure :

1° L'existence du chancre syphilitique rectal est désormais indiscutable ;

2° Le chancre du rectum est bien distinct du chancre ano-rectal ;

3° Si on ne rencontre pas plus souvent le chancre syphilitique rectal, c'est qu'on néglige de le rechercher ;

4° On doit toujours examiner le rectum d'un malade qui est sous le coup d'une syphilis récente, et chez lequel on ne découvre point l'accident initial ;

5° Le chancre induré du rectum n'est point une lésion indolente.





OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Ricord. — Discours prononcé à l'Académie de médecine à l'occasion de la discussion sur la syphilisation, etc., séance du 12 octobre 1852.

Une dame se présente à moi avec une syphilide ; j'interroge et j'apprends que son mari affecté d'un chancre de la verge et imbu de ce préjugé populaire que les organes génitaux seuls peuvent s'infecter, a des rapports avec sa femme « *à prae-postera venere* ». Cette dame se plaint bientôt d'accidents douloureux du côté du rectum, que l'on traite de fissure à l'anus.

Quelque temps après une syphilide se montre. Cette dame m'arrive, j'apprends les circonstances qui précèdent, je touche le rectum ; j'y trouve une induration.

OBSERVATION II

Sauri-Ricardo. — Thèse sur les rétrécissements fibreux du rectum. Paris, 1866.

Il s'agit d'une femme nommée R..., âgée de 45 ans ; il y a 23 ans, elle jouissait d'une parfaite santé, lorsque son mari lui

communica la vérole par le rectum, et quelque temps après, elle s'aperçut qu'en allant à la garde-robe elle éprouvait de très grandes douleurs avec écoulement de pus. Chez elle, l'infection syphilitique est passée à l'état constitutionnel, pour laquelle elle a subi un traitement antisiphilitique, et aujourd'hui elle a un double rétrécissement du rectum avec plusieurs fistules.

OBSERVATION III

Paul Jean. — *Essai sur la syphilis précoce du rectum.* — Thèse de Paris, 1885.

Observation recueillie à l'hôpital de la Charité, à la consultation de M. le professeur Trélat, grâce à l'obligeance de M. Coudray sous-chef de clinique préposé à la consultation.

La nommée Albertine L..., couturière, âgée de 24 ans, se présente à la consultation le 3 février 1885.

Antécédents héréditaires. — Père mort phthisique avec des hémoptysies abondantes. Mère morte d'une tumeur dans le ventre ?

Elle a eu dans sa jeunesse du coryza chronique. Les amygdales hypertrophiées ont été enlevées à l'âge de 14 ans à l'hôpital de la Pitié. Rougeole à 7 ans. Scarlatine à 11 ans.

La menstruation s'est établie à 10 ans souvent irrégulière et pénible.

La malade a commencé à souffrir il y a quinze jours du côté de l'anus. Elle nous avoue s'être livrée assez souvent à la sodomie. L'introduction pénienne était complète et assez peu douloureuse, au moins dans les derniers temps. Elle a perdu du sang à plusieurs reprises à la suite de ces manœuvres. Son

amant avait eu anciennement la syphilis et il avait pris les préparations mercurielles.

Elle s'est décidée à venir à l'hôpital lorsqu'elle a vu que les douleurs ne diminuaient pas et qu'elle a aperçu des manifestations secondaires sur son corps.

Légère roséole sur le tronc et les cuisses. Au niveau de la vulve, on observe une grande quantité de syphilides érosives et papulo-érosives dont quelques-unes hypertrophiques.

Rien autour de l'anus.

Adénopathie inguinale double, indolente, peu marquée.

Ganglions épitrochléens gros.

Un ganglion de la nuque est augmenté de volume.

Rien dans le vagin ni sur le col utérin.

Céphalalgie gravative et lancinante presque continueile depuis cinq jours.

On recherche le chancre et on ne le rencontre pas.

On pratique le toucher rectal, et dès que le doigt est parvenu au-dessus du sphincter qui a perdu sa tonicité on perçoit nettement avec la pulpe de l'index une ulcération un peu irrégulière, à peu près circulaire, très indurée, douloureuse, située près du côté gauche. L'induration est frappante à cause de sa consistance pseudo-cartilagineuse. Cette recherche est suivie de l'issue d'un peu de sang.

En enfonçant très profondément le doigt explorateur on sent des masses ganglionnaires dures et assez volumineuses que l'on suppose être une adénopathie lombaire secondaire au chancre rectal.

Les plis radiés de l'anus sont complètement effacés et la résistance du sphincter est nulle.

La malade souffre en allant à la selle, et surtout avant la selle.

Lorsque son rectum est évacué elle est complètement sou-

lagée. Il faut probablement attribuer ces douleurs au contact des matières fécales qui remplissent son ampoule rectale.

On essaie de voir l'ulcération en plaçant le spéculum ani ; mais la douleur est si vive lorsqu'on veut en écarter les valves qu'on renonce à cet examen.

La nature de l'ulcération sentie au niveau du rectum, l'absence de chancre en tout autre point du corps, l'existence non douteuse d'une syphilis récente, les conditions étiologiques dans lesquelles s'était placée la malade, démontrent malgré la rareté du fait, qu'il s'agit là d'un chancre rectal.

OBSERVATION IV

Inédite, du service de M. le professeur agrégé Campenon.

Homme, 32 ans, italien, se plaint depuis un mois et demi de gêne, puis de douleurs au moment de la défécation.

Pas d'antécédents pathologiques, héréditaires ni personnels.

Entre à l'hôpital Broussais au mois d'avril 1893.

Le malade présente une fistule anale à trajet sous cutané, se portant vers le coccyx, et d'une longueur de 0,02 centimètres environ, résultant d'un abcès à la marge de l'anus il y a trois mois.

A la vue, l'anus ne présente plus de plis radiés ; il est infundibuliforme ; l'on aperçoit, en dilatant les phincter, à un centimètre et demi au-dessus de l'union de la peau et de la muqueuse, une ulcération à bords légèrement en relief, et la couleur du peu que nous avons pu voir était rose foncé (1).

1. Cette manœuvre est difficile, très douloureuse, et ne permet qu'un examen superficiel.

Toucher rectal. — Le doigt pénètre rapidement ; à gauche rien d'anormal ; ainsi qu'en avant. En arrière, sur la ligne médiane, et s'étendant de là sur tout le côté droit, on perçoit une large surface, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, surface un peu douloureuse au toucher, limitée par un bord supérieur épais et en relief, mais superficiel, et venant mourir progressivement vers l'anus sur les parties latérales (on peut la comparer à un fer à cheval) ; à ce niveau, le relief devient pour ainsi dire nul.

Toute la surface incluse dans ce fer à cheval donne la sensation d'une ulcération ne reposant pas sur une tumeur indurée sous jacente proprement dite : la muqueuse est moins souple à cette partie qu'ailleurs.

Du reste, comme il était impossible d'introduire deux doigts dans le rectum, on ne peut avoir la perception de l'induration, telle qu'on l'obtient en soulevant les muqueuses superficielles et facilement accessibles, atteintes de chancre induré syphilitique.

De plus, au centre, le doigt a la sensation d'une petite surface, un peu plus indurée que le tissu environnant.

Depuis quelques jours, le malade éprouve de grandes douleurs lorsqu'il va à la garde-robe. Il rend des masses glaireuses, striées d'un peu de sang, comparables à des crachats, au prix de douleurs violentes, mais ne souffre pas dans l'intervalle des selles ou des explorations.

En présence de tous ces symptômes le diagnostic était très délicat, on pouvait supposer que l'on avait affaire à une ulcération simple, le malade ayant des habitudes de pédérastie qu'il avouait, on pouvait penser à un carcinome rectal. On retrouvait dans cette observation, les douleurs, les hémorrhagies, les épreintes, les selles glaireuses, l'adénite, etc.

Enfin on songeait également à des ulcérations vénériennes, chancreuses ou chancrelleuses.

Dans une de ses leçons cliniques à l'hôpital Broussais, M. Campenon établit nettement les bases de ce diagnostic.

Il élimina au nom de sa forme, de son induration, de sa marche, les ulcérations simples : il élimina également la tumeur épithéliale. Mais les hémorrhagies étaient faibles, elles ressemblaient plutôt à celles de la dysentérie qu'à celles du cancer. Les douleurs n'étaient pas continues, mais revenaient seulement au moment des selles ; l'induration enfin ne présentait pas l'aspect de celle du cancer : pas d'infiltration voisine de la muqueuse, rien dans les tissus voisins, aucune propagation nette, enfin l'invasion n'avait rien de progressif, au contraire. Le diagnostic d'ulcération chancreuse ou chancrelleuse fut porté. Bientôt celui même de chancre mou se trouva rejeté grâce à l'insuccès d'une inoculation de pus de l'ulcération au bras. Restait donc le diagnostic de chancre induré. Malgré sa rareté il fut porté par M. le D^r Campenon et la signature de la syphilis ne se fit pas longtemps attendre :

En effet, environ vingt jours après l'entrée en salle, nous voyons apparaître une roséole discrète ordinaire, sur le tronc et la partie supérieure des cuisses, en même temps que se déclare la fièvre syphilitique secondaire, accompagnée de céphalalgie et de courbature générale.

La marche de la lésion vint à son tour donner raison au diagnostic. Après une durée d'un mois 1/2, tous les symptômes s'amendèrent, l'ulcération diminua notablement d'étendue, se cicatrisa peu à peu et le malade nous quitta malgré nos instances incomplètement guéri, mais suffisamment pour ajouter une preuve de plus au diagnostic porté.

Cette dernière observation nous paraît discutable en tant qu'exemple de chancre syphilitique du rectum, nous croyons toutefois devoir la rapporter.

OBSERVATION V

M. Desprès (*Archives générales de médecine*, mars 1868).

Obs. X. — Chancres du rectum, rétrécissement valvulaire consécutif.

La fille Célestine D..., 32 ans, était entrée le 5 décembre dans mon service pour une métrite et une leucorrhée chronique et des douleurs en allant à la selle.

A ce moment elle avait un écoulement de pus assez abondant par l'anus et une fissure existait. Je supposais alors qu'il y avait une inflammation blennorrhagique, peut-être causée par des rapports *a posteriori*. Comme c'était au début de ma pratique à Lourcine, je ne songeais pas encore aux chancres phagédéniques du rectum. Toutefois j'avais senti par le toucher rectal la muqueuse inégale et comme granuleuse en avant, au niveau de la cloison recto-vaginale.

Cette malade avait, disait-elle, son mal depuis quatre ans et elle avait été soignée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Gibert pour des syphilides papuleuses et de l'acné syphilitique, et avait pris pendant trois mois du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium. Elle souffrait depuis plusieurs mois en allant à la garde-robe.

Le traitement suivant avait été fait dans mon service : l'ulcère de la marge de l'anus avait été cautérisé avec le nitrate d'argent, des demi-lavements avec l'extrait de ratanhia avaient été administrés le matin et des lavements huileux le soir. Comme la malade était anémique, le traitement tonique a été administré, quelques tampons d'alun ayant été placés dans le vagin, la leucorrhée et les douleurs dans le rectum furent bientôt guéries, et la malade avait voulu sortir le 17 mars 1866.

Le 20 mars 1867, la fille D... est rentrée à l'hôpital, salle Saint-Bruno, n° 24.

Cette fille était très affaiblie, elle souffrait beaucoup en allant à la selle et rendait du pus avec les matières. En explorant le rectum, on trouve une ulcération au-dessus de la marge de l'anus du côté gauche, large comme une pièce de 2 francs, une autre à la partie antérieure de l'étendue d'une pièce de 0,50 centimes. Ces ulcérations sont fongueuses et en écartant l'anus on les aperçoit ; elles sont d'un rouge assez vif et recouvertes de détritits grisâtres ou jaunâtres, les bords sont irréguliers. Au-dessus de l'ulcération latérale on sent une bride de la muqueuse peu saillante, située à environ deux centimètres au-dessus de l'anus.

Des cautérisations hebdomadaires sont faites avec la solution de chlorure de zinc, et des mèches enduites de pommade à l'onguent de la mère sont appliquées.

L'ulcération antérieure ne tarde pas à se cicatriser ; mais en même temps la bride valvulaire de la face postérieure du rectum s'accuse de plus en plus et tend à former un anneau rétréci qui donne passage aux matières. L'ulcération inférieure et latérale se cicatrise plus lentement.

Le 1^{er} août. — L'ulcération antérieure est cicatrisée, mais le rétrécissement du rectum est plus complet. A ce moment des canules de gomme sont appliquées tous les jours. La malade s'en lasse bientôt pour n'employer que des mèches enduites de pommade à l'onguent de la mère.

L'ulcération latérale est encore cautérisée quatre fois et elle se cicatrise définitivement à la fin du mois de septembre, et la malade sort de l'hôpital guérie de ces ulcérations, mais avec un rétrécissement fibreux du rectum que je voulais lui inciser ; mais la malade qui allait très bien à la selle et rendait des matières cylindriques grâce à la dilatation journalière du ré-

trécissement par des mèches, ne voulut pas se faire opérer.

Je l'engageai alors à poursuivre chez elle la dilatation à moins qu'elle ne voulût revenir se faire traiter de son rétrécissement.

J'ai su depuis que cette femme était allée à la Charité dans le service de M. Gosselin ; son rétrécissement s'était resserré quoiqu'aucune ulcération n'ait reparu.

Une section de la valvule a été faite par le professeur de la Charité, il y a peu de temps, et la dilatation a été reprise.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

*En plus des ouvrages cités au cours de ce travail,
consulter :*

- Carre, Henri.** — Du rétrécissement dit syphilitique du rectum, Paris, 1893.
- Godebert.** — Rétrécissements syphilitiques du rectum, Paris, 1873.
- Gosselin.** — Arch. de méd., 1854.
- Martineau et Lhomond.** — Fr. méd., 1883.
- Morel-Lavallée.** — Ann. de dermat., 25 juin 1888.
- Péan.** — Des rétrécissements du rectum. Leçons de clinique chirurg. Paris, 1882.
- Rollet.** — Art. anus. Dict. des sc. méd.
- Tortona.** — Napoli, 1889.
- Trélat.** — Rétréc. du rectum. — J. des conn. pr. méd., 1882.
- Welhagen.** — Beitrag zur Kenntnitz der syphilitischen mastdarmgeschwure. — Greiswald, 1889.
- Vidal.** — Ulcérations vénériennes et syphilitiques du rectum. — Dict. encycl. des sc. méd. T. II, troisième série, p. 687.





TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	5
CHAPITRE I. — Définition et délimitation du sujet.	7
CHAPITRE II. — Historique.	10
CHAPITRE II. — Pathogénie et étiologie.	13
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.	17
CHAPITRE V. — Symptomatologie.	21
CHAPITRE VI. — Marche, durée, terminaison, complications.	24
CHAPITRE VII. — Diagnostic.	26
CHAPITRE VIII. — Pronostic, traitement.	30
CONCLUSIONS.	32
OBSERVATIONS.	33
BIBLIOGRAPHIE.	42



